

Kwaliteitsnormen HIV-behandelcentra  
Nederlandse Vereniging HIV Behandelaren NVHB  
Versie mei 2022

Conceptaanpassing PHON 2022-05-27

## Inhoud

Hoofdstuk 1 > Inleiding .....	3
Voorwoord .....	3
Samenstelling kwaliteitscommissie NVHB .....	3
De NVHB/ Richtlijnen .....	4
Stichting hiv Monitoring .....	4
Leeswijzer .....	4
Hoofdstuk II > Normen .....	5
Rubriek 1: PLAN: Randvoorwaarden voor goede hiv-zorg .....	5
1.1 Beleid .....	5
1.2 Eisen aan het hiv-behandelcentrum voor volwassenen .....	5
1.3 Eisen aan het hiv-behandelcentrum voor kinderen .....	6
1.4 Eisen voor een sub centrum van een hiv-behandelcentrum (voor volwassenen) .....	6
1.5 Samenwerking intern en extern .....	6
1.6 Professioneel handelen/deskundigheid .....	7
1.7 Bereikbaarheid .....	8
Rubriek 2: Do: Uitvoering van de hiv-zorg.....	9
2.1 Toegang tot de zorg.....	9
2.2 Uitvoering van zorg .....	9
2.3 Bevorderen zelfmanagement.....	9
2.4 Controles .....	9
2.5 Transitie van zorg .....	10
2.6 Coördinatie van zorg .....	10
2.7 Landelijk registratiesysteem/SHM-registratie.....	10
2.8 Registratie van indicatoren .....	11
Rubriek 3: Check en act: Evaluatie en verbetering van de hiv-zorg op hiv-behandelcentrumniveau... ..	12
3.1 Analyseren en verbeteren .....	12
Bijlage 1. Praktische invulling kwaliteitsbeleid NVHB inzake Nederlandse HIV centra .....	13

## Hoofdstuk 1 > Inleiding

### Voorwoord

In Nederland zijn er vierentwintig hiv-behandelcentra voor volwassenen en vier hiv-behandelcentra voor kinderen die alle hoogwaardige hiv-zorg bieden. De HIV behandelcentra zijn door het ministerie van VWS aangewezen en vallen onder artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV).

Om optimale kwaliteit van deze complexe en hooggespecialiseerde zorg te (blijven) leveren, is kwaliteitsborging gewenst. Van 2013 tot 2020 werkte de Nederlandse Vereniging van HIV behandelaren ( NVHB) samen met DNV aan de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) certificering van de hiv-centra in Nederland. In 2020 (wintervergadering) heeft de ledenvergadering van de NVHB het belang van kwaliteitstoetsing benadrukt, maar gekozen voor een minder strak keurslijf. In het afgelopen jaar heeft de kwaliteitscommissie van de NVHB het aantal kwaliteitseisen beperkt; overlap met andere, ziekenhuis brede, accreditaties is verwijderd. De kwaliteitseisen zijn gebaseerd op de NVHB richtlijnen (nvhb.nl). Daarnaast wordt samen met de Stichting HIV Monitoring overlegd hoe actuele *proces en uitkomst indicatoren* meegenomen kunnen worden in het verbeteren van de zorg in de hiv-behandelcentra. In de NVHB zomervergadering van 2021 is besloten tot kwaliteit toetsing en –verbetering door enerzijds hiv-centra te vragen data aan te leveren aangaande de kwaliteitsnormen, en anderzijds door centra met elkaar in gesprek te laten gaan over kwaliteitsaspecten van de hiv-zorg om zo te leren van elkaar. Dit onder leiding van de kwaliteitscommissie van de NVHB. Tot slot is afgesproken *best practices* meer met elkaar te delen.

In [bijlage 1](#) wordt de praktische invulling van het kwaliteitsbeleid beschreven.

### Samenstelling kwaliteitscommissie NVHB

Judith Branger, voorzitter, internist- infectioloog Flevoziekenhuis

Kees Brinkman, internist-infectioloog OLVG

Andy Hoepelman, internist-infectioloog UMCU (tot 2021)

Willemijn Kortman internist-infectioloog NWZ (tot 2021), NVHB bestuurslid

Jan den Hollander internist-infectioloog Maastricht ziekenhuis

Dorine de Vries-Sluijs internist-infectioloog Erasmus MC, NVHB bestuurslid, per 2021

Vacature:

Overige gesprekspartners:

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) Verpleegkundig Consulenten HIV (VCH); voorzitters Gerjanne Terbeest (tot 2021), Natasja van Holten (vanaf 2021))
- Stichting HIV Monitoring (SHM)
- Pediatrisch HIV overleg Nederland (PHON)

## De NVHB/ Richtlijnen

De Nederlandse Vereniging van hiv Behandelaren (NVHB) bevordert de kennis over hiv door:

- het bevorderen van contacten tussen de leden
- de organisatie van wetenschappelijke vergaderingen
- adviseren van overheidsinstellingen
- adviseren van instellingen op het terrein van de gezondheidszorg
- vaststellen en updaten van de hiv-behandelrichtlijn
- onderhouden van internationale contacten met verenigingen en instellingen met soortgelijke doelstellingen.

Dit document verwijst op een aantal plaatsen naar de nationale behandel richtlijn hiv van de NVHB. Deze richtlijn is te raadplegen op site van de NVHB ([nvhb.nl](http://nvhb.nl)).

## Stichting HIV Monitoring

Stichting HIV Monitoring (SHM) werkt nauw samen met alle erkende hiv-behandelcentra in Nederland. Zij verzamelt gegevens van hiv-patiënten, die gecodeerd in de SHM-database worden opgeslagen. Dit document bevat normen over deze registratie. Zie ook: [www.hiv-monitoring.nl](http://www.hiv-monitoring.nl).

## Leeswijzer

De kwaliteitsnormen hiv-behandelcentra hebben betrekking op het primaire proces van de hiv-behandelcentra en zijn onderverdeeld in de volgende rubrieken:

- > Rubriek 1: Randvoorwaarden voor goede hiv-zorg
- > Rubriek 2: Uitvoering van de hiv-zorg
- > Rubriek 3: Evaluatie en verbetering van de hiv-zorg op hiv-behandelcentrumniveau

Bij de norm wordt soms een toelichting gegeven. Deze toelichting maakt geen deel uit van de norm, maar is alleen ter illustratie.

## Hoofdstuk II > Normen

### Rubriek 1: PLAN: Randvoorwaarden voor goede hiv-zorg

Deze rubriek bevat thema's die de randvoorwaarden vormen voor het geven van goede hiv-zorg. Het gaat hier over zaken die een afdeling of organisatie op orde moet hebben om goede hiv-zorg te kunnen leveren. Bijvoorbeeld deskundigheid van de betrokken behandelaren of het minimaal aantal patiënten dat een centrum in behandeling moet hebben om voldoende ervaring en deskundigheid op te bouwen en te behouden.

#### 1.1 Beleid

1.1.1 Het hiv-behandelcentrum beschikt over een beleidsplan met daarin beschreven de missie, visie en meetbare doelstellingen van het hiv-behandelcentrum ten aanzien van de patiëntenzorg (zie ook 3.2).

1.1.2 Het patiënten perspectief wordt betrokken bij de totstandkoming van het beleidsplan (zie ook 3.2).

Toelichting:

Het beleidsplan kan (indien gewenst) onderdeel zijn van het jaarplan van het desbetreffende hiv-behandelcentrum (of van de afdeling/vakgroep waar het hiv-behandelcentrum onderdeel van is). Een missie en visie geven aan waar het hiv-behandelcentrum voor staat en wat het wil bereiken. De speerpunten uit de missie en visie worden vertaald in concreet (meerjaren)beleid door middel van doelstellingen. Het (meerjaren)beleid hangt in belangrijke mate samen met de ontwikkelingen in de sector. Doelstellingen sluiten aan bij deze ontwikkelingen en zijn meetbaar geformuleerd.

Het is niet de bedoeling uitgebreide beleidsplannen te schrijven. Eén of een half A4 moet voldoende zijn.

1.1.2 Dit kan door patiënten uit het ziekenhuis te betrekken (bijvoorbeeld via een focusgroep/spiegelgesprek) of door overleg met hiv-vereniging Nederland.

#### 1.2 Eisen aan het hiv-behandelcentrum voor volwassenen

1.2.1 Het hiv-behandelcentrum voldoet aan de richtlijnen voor hiv-behandelaren van de NVHB (nvhb.nl).

1.2.2 Het hiv-behandelcentrum voldoet aan de richtlijnen voor verpleegkundig consulenten hiv/aids (nvhb.nl).

1.2.3 Het hiv-behandelcentrum voldoet aan de richtlijn voor een hiv-behandelcentrum (nvhb.nl).

1.2.4 Het hiv-behandelcentrum werkt samen met geaccrediteerde/gecertificeerde laboratoria.

## 1.3 Eisen aan het hiv-behandelcentrum voor kinderen

1.3.1 Het hiv-behandelcentrum voor kinderen voldoet aan de richtlijnen voor hiv-behandelaren van de NVHB (nvhb.nl).

1.3.2 Het hiv-behandelcentrum voor kinderen voldoet aan de richtlijnen voor verpleegkundig consulenten hiv/aids (nvhb.nl).

1.3.3 Het hiv-behandelcentrum voor kinderen voldoet aan de richtlijn voor een hiv-behandelcentrum voor kinderen (nvhb.nl).

1.3.4 Het hiv-behandelcentrum voor kinderen werkt samen met geaccrediteerde/gecertificeerde laboratoria. Vanwege het geringe aantal kinderen met een hiv-infectie in Nederland zijn er geen sub centra voor kinderen. Wel kan voor kinderen in bepaalde regio's ver van een kindercentrum de zorg worden gedeeld met een daar werkzame kinderarts-infectieziekten.

1.3.5 Het kind wordt ten minste één keer per jaar medebeoordeeld door het hiv-kindercentrum. Daarnaast is er tenminste tweemaal per jaar medisch inhoudelijk overleg tussen het behandelteam van het hiv-kindercentrum (kinderarts en kinderconsulent) en de elders werkzame kinderarts-infectieziekten.

Toelichting:

1.3.5 Bij een stabiele patiënt met antiretrovirale therapie met een optimale therapierespons en zonder bijwerkingen, kan eenmaal per jaar controle in een hiv-kindercentrum voldoende zijn. Dit kan eventueel ook in een digitale vorm plaatsvinden (videoconsult). Voorwaarde is wel dat lokaal goede begeleiding en monitoring van kind en gezin gewaarborgd zijn. Bij overige patiënten is frequentere controle in een hiv-kindercentrum wenselijk.

## 1.4 Eisen aan een sub centrum van een hiv-behandelcentrum (voor volwassenen)

1.4.1 Het sub centrum van een hiv-behandelcentrum voldoet aan de richtlijnen van de NVHB (nvhb.nl).

## 1.5 Samenwerking intern en extern

1.5.1 Het multidisciplinair behandelteam heeft wekelijks overleg. Voor kindercentra geldt: Het multidisciplinair behandelteam heeft minimaal eenmaal per zes weken overleg.

1.5.2 Binnen het hiv-behandelcentrum zijn afspraken (intern of met andere instellingen) gemaakt over de toegang tot psychische zorg.

1.5.3 Bij de begeleiding van zwangere hiv-patiënten vindt tijdens de zwangerschap structureel overleg plaats tussen een hiv-behandelaar, gynaecoloog en kinderarts.

1.5.4 De hiv-behandelaar en de verpleegkundig consulent hiv/aids van een sub centrum wonen minimaal één keer per maand een patiëntenbespreking bij in het gelieerde hiv-behandelcentrum.

Toelichting:

1.5.1 Afspraken naar aanleiding van dit overleg zijn terug te vinden in notulen of de patiëntendossiers.

1.5.3 en 1.5.4 Deze norm kan aantoonbaar worden gemaakt door bijvoorbeeld de notulen van de besprekingen of de notities in de individuele patiëntendossiers.

## 1.6 Professioneel handelen/deskundigheid

1.6.1 Medewerkers binnen het hiv-behandelcentrum werken volgens de richtlijnen van de NVHB. Binnen kindercentra wordt volgens de internationale Department of Health and Human Services USA (DHHS) richtlijnen gewerkt.

1.6.2 Het hiv-behandelcentrum zorgt ervoor dat medewerkers die werkzaamheden uitvoeren die van invloed zijn op de kwaliteit van de hiv-zorg, bevoegd en bekwaam zijn (NVHB richtlijnen) De jaarlijkse bij-/nascholing richt zich op de hiv-zorg. HIV behandelaren dienen volgens de regels van de beroepsvereniging geregistreerd te zijn.

1.6.3 Het hiv-behandelcentrum heeft in kaart gebracht hoe de behandeling georganiseerd is en heeft hiervoor zo nodig werkwijzen/protocollen opgesteld.

1.6.4 Kindercentra hebben vastgestelde werkwijzen/protocollen voor de overdracht van zorg naar de internist-infectieziekten en voor therapie falen.

Toelichting:

1.6.1 Er zijn verschillende internationale hiv-richtlijnen voor kinderen. De meest gebruikte is de pediatrie DHHS-richtlijn ~~en de PENTA-richtlijn~~.

1.6.2 Voor de internisten kan dit door middel van een kopie van het registratiebewijs internist-infectioloog van de beroepsvereniging, bijvoorbeeld te vinden in GAIA.

1.6.3 Het is niet de bedoeling dat alles wordt vastgelegd in protocollen en werkwijzen. Alleen wanneer dit nadrukkelijk een meerwaarde heeft (bijv. omdat het een kritieke handeling is of omdat er nog een vertaalslag nodig is van de algemene richtlijn van de NVHB naar de situatie op de

afdeling), kan hiervoor worden gekozen. Voorbeelden: het opstellen van werkwijzen/protocollen voor transmissiereductie (post-expositie profylaxe (PEP) of profylaxe en behandeling van opportunistische infecties.

## 1.7 Bereikbaarheid

1.7.1 Er is 24 uur per dag een hiv-deskundige bereikbaar voor overleg.

Toelichting:

1.7.1 Hiermee wordt beoogd dat er overleg mogelijk is met een betrokken deskundige. De hiv-deskundige hoeft niet direct 24 uur per dag bereikbaar te zijn voor de patiënt, dit mag via tussenkomst van een zorgverlener uit het behandelcentrum. Bereikbaarheid kan ook in samenwerking met een ander behandelcentrum geregeld zijn.



## Rubriek 2: Do: Uitvoering van de hiv-zorg

Deze rubriek bevat thema's voor het uitvoeren van goede hiv-zorg. Het gaat hier over handelingen die een afdeling of organisatie moet verrichten om goede hiv-zorg te kunnen leveren. Bijvoorbeeld het geven van informatie aan de patiënt.

### 2.1 Toegang tot de zorg

2.1.1 Nieuwe patiënten met klachten worden binnen vijf werkdagen door iemand van het behandelteam van het hiv-behandelcentrum gezien.

Toelichting:

2.1.1 Wanneer een patiënt aangeeft meer tijd nodig te hebben, kan op zijn verzoek van deze vijf werkdagen worden afgeweken.

### 2.2 Uitvoering van zorg

2.2.1 De patiënt ontvangt zorg conform de afspraken die zijn gemaakt in het behandelplan en (in principe) conform de geldende protocollen en richtlijnen van de NVHB.

2.2.2 Het eerste consult bij een hiv-behandelaar en een hiv-consulent is in overeenstemming met de richtlijnen van de NVHB.

Toelichting:

2.2.1 Indien men afwijkt van de richtlijnen, moet dit worden beargumenteerd. 2.4.2 Onder deze norm vallen o.a. de metingen die verricht moeten worden.

### 2.3 Bevorderen zelfmanagement

2.3.1 Het hiv-behandelcentrum stimuleert therapietrouw bij de patiënt. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de therapietrouw bevorderende interventies/aanbevelingen zoals omschreven in de richtlijn van de NVHB en afgesproken door V&VN verpleegkundig consulenten hiv/aids.

2.3.2 Het hiv-centrum heeft een werkwijze voor 'lost to follow-up' en 'no show' (zie ook 3.1).

Toelichting:

2.3.2 Kwaliteit van zorg houdt ook in dat het centrum oog heeft voor patiënten die niet komen opdagen en dat het hierin verantwoordelijkheid neemt.

### 2.4 Controles

2.4.1 De controles bij de patiënt worden uitgevoerd in overeenstemming met de richtlijn van de NVHB. Voor kinderen worden hiervoor de adviezen in de internationale DHHS richtlijn gevolgd.

## 2.5 Transitie van zorg

2.5.1 Vanaf de leeftijd van 18 jaar wordt de behandeling van een kind met hiv overgedragen aan een hiv-behandelcentrum voor volwassenen.

2.5.2 Het kinderbehandelcentrum waar het kind in zorg is, hanteert een transitie- protocol voor de overgang naar volwassenenzorg.

Toelichting:

2.5.1 Soms is een jongere in deze fase nog heel kwetsbaar en is meer tijd nodig.

## 2.6 Coördinatie van zorg

2.6.1 De taakverdeling (o.a. over informatieoverdracht aan de patiënt) tussen de hiv-behandelaar en hiv-consulent is vastgesteld.

2.6.2 Indien een verpleegkundig specialist bepaalde taken van de hiv-behandelaar overneemt, is vastgelegd onder welke voorwaarden dit plaatsvindt. De hiv-behandelaar ziet de patiënt minimaal één keer per jaar zelf.

2.6.3 Het hiv-behandelcentrum geeft voorlichting aan behandelend artsen en (verpleeg)afdelingen in het ziekenhuis of andere instanties die hiv-patiënten in zorg hebben.

Toelichting:

2.6.3 Bijvoorbeeld begeleiding bij operaties. Denk bij andere instanties bijvoorbeeld aan verpleeghuis, huisartsen, detentiecentra of verslavingskliniek.

## 2.7 Landelijk registratiesysteem/SHM-registratie

2.7.1 Het hiv-behandelcentrum meldt alle hiv-patiënten aan Stichting HIV Monitoring volgens de procedure van SHM (zie [www.hiv-monitoring.nl](http://www.hiv-monitoring.nl)).

2.7.2 Het hiv-behandelcentrum zorgt ervoor dat alle relevante informatie beschikbaar is voor SHM.

2.7.3 Het hiv-behandelcentrum zorgt ervoor dat de informatie actueel is. Relevante gegevens voert het hiv-behandelcentrum binnen een half jaar in, zodat deze beschikbaar zijn voor SHM.

Toelichting:

2.7.1 tm 2.7.3 De gegevens zijn binnen een half jaar beschikbaar bij SHM, waarbij SHM de periodes afsluit op 1 juni en 31 december. Alle nieuwe aanmeldingen binnen een kalenderjaar worden vóór 1

juni en 31 december verwerkt. Data van overleden patiënten worden verzameld vóór 1 juni en 31 december van het kalenderjaar van overlijden.

## 2.8 Registratie van indicatoren

2.8.1 Meer dan 90% van de naïeve hiv-patiënten die behandeld zijn met cART, heeft zes maanden na het starten van de behandeling een virale load van < 400 kopieën/ml.

Voor kinderen/jongeren <18 jaar: tenminste 90% van de kinderen in zorg en minimaal 6 maanden behandeld met antiretrovirale therapie, heeft een HIV-RNA <50 k/ml

2.8.2 Cardiovasculair risico management (CVRM). beschrijvende gegevens tav CVRM worden per centrum aangeleverd: Percentage mensen in zorg in een kalenderjaar bij wie meting van cholesterol, bloeddruk (gerangschikt op leeftijd <50 dan wel > 50 jaar), CVRM risico obv score.nl, statine gebruik gerangschikt op CVRM risicoscore, primaire en secundaire preventie, antihypertensiva gebruik obv bloeddruk gegevens.

Deze indicator is niet bruikbaar voor kinderen/jongeren <18 jaar.

2.8.3 HCV en lues. Percentage mensen dat in een bepaald kalenderjaar in zorg is, dat ooit gescreend voor HCVantistoffen, HCV-RNA en lues.

Kinderen/jongeren < 18 jaar: percentage kinderen ooit gescreend voor HBV, HCV en lues

Toelichting:

2.8.1 tm 2.8.3 SHM levert de gegevens aan.

## Rubriek 3: Check en act: Evaluatie en verbetering van de hiv-zorg op hiv-behandelcentrumniveau

Deze rubriek bevat thema's voor het evalueren en verbeteren van de geleverde zorg. Het gaat hier over activiteiten die uitgevoerd moeten worden door het hiv-behandelcentrum. Bijvoorbeeld welke aspecten van de zorg gemeten moeten worden en de wijze waarop dat moet gebeuren.

### 3.1 Analyseren en verbeteren

3.1.1 Op basis van metingen en evaluaties analyseert het hiv-behandelcentrum één keer per jaar:

- a. het beleids- of organisatieplan met daarin de missie, visie en doelstellingen van het hiv-behandelcentrum (1.1.1);
- b. de voortgang van de acties naar aanleiding van de uitkomsten van de ervaringen van patiënten (1.1.2);
- c. de afspraken met de structurele interne en externe ketenpartners (1.5);
- d. de uitkomst van de zorgindicatoren (2.8);
- e. het beleid ten aanzien van 'no show' en 'lost to follow-up' (zie ook 2.3.2);

3.1.2 Op basis van deze analyse neemt het hiv-behandelcentrum verbetermaatregelen en beoordeelt het de effectiviteit van deze maatregelen.

Toelichting:

3.1 Het verbeteren van de kwaliteit van zorg kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden door op een vast moment in het jaar met het team bijeen te komen en de onder 3.1.1 genoemde punten te bespreken.

## Bijlage 1: Praktische invulling kwaliteitsbeleid NVHB inzake Nederlandse HIV centra

Alle HIV centra in Nederland participeren in de kwaliteitstoetsing van de NVHB

1. Drie centra, waarvan één academisch, gaan het gesprek met elkaar aan aangaande de kwaliteit van HIV zorg in de centra. Het doel is van elkaar te leren ('kruisbestuiving') en te discussiëren.
2. De frequentie is éénmaal per 5 jaar.
3. De samenstelling van de deelnemende centra, kan in de loop der jaren, wisselen.
4. De bijeenkomst wordt gemodereerd door 2 auditoren, bestaand uit een internist-infectioloog en een HIV-verpleegkundige, daartoe aangewezen door respectievelijk de NVHB en V&VN VCH.
5. Zes weken voorafgaand aan deze bijeenkomst, sturen de HIV centra informatie mbt de kwaliteitsnormen van het specifieke HIV centrum aan de kwaliteitscommissie van de NVHB ( emailadres wordt aangemaakt).
6. De stukken en notulen worden gearchiveerd op een beveiligde site ( bv bij de NIV of SHM)
7. De kwaliteitscie van de NVHB stelt de stukken beschikbaar aan de auditoren die aanwezig zullen zijn bij de bijeenkomst.
8. De auditoren dragen zorg voor de agenda en sturen deze 4 weken voor de bijeenkomst op aan de deelnemende centra.
9. Door de auditoren alsook de deelnemende HIV centra, wordt vertrouwelijk omgegaan met de informatie die door de HIV centra gedeeld wordt. De informatie wordt niet gedeeld met derden.
10. Eén van de deelnemende centra heeft de rol van gastheer, en zorgt voor de organisatie en notulen.
11. De bijeenkomst is digitaal en duurt een dagdeel, van 08.30-12.30 uur of van 13.30 tot 17.30 uur (4 uur).
12. Elk centrum wordt vertegenwoordigd door 2 á 3 zorgprofessionals, te weten een HIV verpleegkundige, een internist- infectioloog, en nodigt een specialist van een betrokken specialisme (microbioloog, psychiater, apotheker, gynaecoloog, etc) uit om een aspect van de lokale ketenzorg nader uit te lichten. Bij visitatie van een centrum met een kindercentrum, neemt een kinderarts-infectioloog deel.
13. Elk centrum wordt gevraagd een onderwerp (kort; 15 min in totaal) voor te bereiden waar men trots op is ('top') en waar men advies over wil ('tip').
14. De voorlopige notulen worden rondgestuurd aan de deelnemers en auditoren alvorens de definitieve notulen worden vastgesteld. Concrete verbeterpunten, per centrum gerangschikt, zijn een vast onderdeel van de notulen.
15. De kwaliteitscommissie van de NVHB archiveert de notulen met behulp van secretariële ondersteuning.
16. De kosten van een bijeenkomst bedragen 1500 euro, 500 euro per centrum. De onkostenvergoeding per auditor is 500 euro, en 500 euro wordt gebruikt voor - administratieve ondersteuning en archivering van documenten.

## Lijst van auditoren:

1. Natasja van Holten (vs, LUMC) [n.van\\_holten@lumc.nl](mailto:n.van_holten@lumc.nl)
2. Sieds Wildenbeest (vs, Haaglanden MC, Den Haag) [s.wildenbeest@haaglandenmc.nl](mailto:s.wildenbeest@haaglandenmc.nl)
3. Linda van der Knaap (vs, Erasmus MC, Rotterdam) [l.vanderknaap@erasmusmc.nl](mailto:l.vanderknaap@erasmusmc.nl)
4. Jolanda van der Swaluw (vpk, Spaarne Gasthuis, Haarlem)  
[JvanderSwaluw@spaarnegasthuis.nl](mailto:JvanderSwaluw@spaarnegasthuis.nl)
5. Judith Branger (internist-infectioloog, Almere) [JBranger@flevoziekenhuis.nl](mailto:JBranger@flevoziekenhuis.nl)
6. Dorine de Vries-Sluijs (internist-infectioloog, Erasmus MC, Rotterdam) [t.sluijs@erasmusmc.nl](mailto:t.sluijs@erasmusmc.nl)
7. Jan den Hollander (internist-infectioloog, Maasstad ziekenhuis, Rotterdam)  
[HollanderJ@maasstadziekenhuis.nl](mailto:HollanderJ@maasstadziekenhuis.nl)
8. Kees Brinkman (internist-infectioloog, OLVG, Amsterdam) [k.brinkman@olvg.nl](mailto:k.brinkman@olvg.nl)